**CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO DO ORIENTADOR DA PESQUISA**

Logo, endereço e contatos referentes à instituição.

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profissão (ocupação atual)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pretendo desenvolver trabalho de pesquisa intitulado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nas dependências da (**local onde será desenvolvido o projeto**) de âmbito do HCFAMEMA. Outrossim, firmo o compromisso que no prazo de 30 dias, após a finalização do referido trabalho, disponibilizarei cópias do trabalho finalizado: uma via encaminhando por e-mail (formato PDF) e outra em versão impressa entregue, pessoalmente, a Gerencia de Educação em Saúde - GES. Estou ciente que, de acordo com a Decreto nº 63.531/2018 do HCFAMEMA, o NÃO cumprimento deste compromisso,  inviabilizará meus futuros projetos científicos em parceria com HCFAMEMA.

 **(Cidade da instituição proponente, dia/mês/ano)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do pesquisador responsável**

 **Nome:**

 **Fones (fixo e móvel):**

 **e-mail:**